

Examiner – Joseph Nguyen

Applicant – Edlin Solomon  
Application 09/871,383(20020089000-A1).  
Mailing date 01.11.2005.  
Letter mailed 08.26.2005.

## BIDIRECTIONAL BIPOLAR STATIC INDUCTION TRANSISTOR Letter

Now, I cannot send changes of CIP from 01.23.2005, because I am ill.  
3 certificates are enclosed.

AUTHOR:

  
08.26.2005

EDLIN S.D.

**מכבי שירותי בריאות**

0306591421



023668

מ.ר.

שם: דר' אודוקי יעקב

התמחות: אורתופד

כתובת: בית הרופאים - אשקלון

טלפון: 08-6711984

פקס:

מין: ז

ת.ל.ד: 26/12/1943

ת.ז.: 323335315

שם רפואי: **סולomon**

טלפון: 0547495464

טל. עבודה/נייד:

כתובת: זבולון 14, אשקלון

שם משפחה: **אדלי****אישור מחלת**

הנני מאשר בדעת כי חבר/ה חלה/תה ב-

- PAIN JOINT Right Hip
- LOW BACK PAIN

אינו מסוגל לעבוד מיום: 25/08/2005 עד יום: 15/09/2005 סה"כ: 22 ימים.

חתימה וחותמת הרופא

25/08/2005

תאריך

מكتب שירותי בריאות



0316746049



030653

מ.ר.

שם: ד"ר יורי אוניביצקי  
התמחות: משפחה  
כתובת: הגבורה 3  
טלפון: 08-6747666

ת.ד.: 323335315

שם משפחה: סולומון

שם פרטי: אדלין

ת.ל.ידה: 26/12/1943 מין: ♀ טלפון: 0547495464

כתובת: זבולון 14, אשקלון



0323335315

אישור מחלת

הנני לאשר בדעת כי חברה חלה/תיה ב-

- OSTEOARTHRITIS UNS
- PAIN LEG Right

ס.ה.כ: 6 ימים.

עד יומ: 12/08/2005

אינו מסוגל לעבוד מיום: 07/08/2005

07/08/2005

תאריך

חותימה וחותמת מילוי  
1999



0316746049

030653

מ.ר.

השעון 18/07/2005

שם: ד"ר יורי יאנוביצקי  
 התמחות: משפחה  
 כתובות: הגבורה 3  
 טלפון: 08-6747666

ת.ז.: 323335315

שם משפחה: אדלין  
שם פרטי: סולומון

ת.ל.ד.: 26/12/1943 מין: ז טלפון: 0547495464

כתובת: זבולון 14, אשקלון

אישור רפואי

## תלונות:

ביקור חוזר מתריך: 27/06/2005  
 כאבים בשוק ימין (באספקת הקדמי של השלישי התיכון) בהילכה.  
 כתע אין כאבים. סיבולת טובہ למאיץ; הולך כל יום במשר כשעה.  
 כאבים בכפות הרגליים ולברכיים.  
 בבדיקות מעבדה - הפרעה בתפקוד כבד.

## מצאים:

ביקור חוזר מתריך: 27/06/2005  
 מצב כללי טוב, ללא סימני מצוקה. ללא כח"צ. ללא גודש וריד צואר. אין שריעות בלוטות לימפה. כניסה אויר טובہ ושווא לשתי הריאות, הדיות ופרמיוס תקין. קולות הלב סדירים, תקין. הבטן רכה, לא רגישה, לא אורגנומגליה. אין בזקות ברגליים. דפקים היקפיים תקין. אין שינוי דלקתיים בפרקם.

## אבחנה:

- OSTEOARTHRITIS UNS
- LIVER ENZYMES ELEVATED

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלוקת מידע  
 שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחילוק תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים.  
 קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמתות העבודות שנרטמו לפניהם / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של  
 הנעלה שעליינו ניתן האישור זהה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הביקחה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם  
 ביקור או טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שכרטיס הרפואי הנ"ל.

18/07/2005

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

השעון 18/07/2005